

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

THÈSE

N°

26

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Novembre 1895

PAR

Louis PONSARD

Né à Saint-Remy (Marne), le 2 Septembre 1869

Ancien externe des Hôpitaux de Reims

Ancien interne des Hôpitaux du Havre

TRAITEMENT
DE
L'HYDROCÈLE
PAR LES INJECTIONS
D'ÉTHER IODOFORMÉ

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : { MM. HAYEM, professeur.
TUFFIER et WIDAL, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Novembre 1895

PAR

Louis PONSARD

Né à Saint-Remy (Marne), le 2 Septembre 1869

Ancien externe des Hôpitaux de Reims

Ancien interne des Hôpitaux du Havre

TRAITEMENT

DE

L'HYDROCÈLE

PAR LES INJECTIONS

D'ÉTHER IODOFORMÉ

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : { MM. HAYEM, professeur.
TUFFIER et WIDAL, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHT.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	FOUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RICARD.
ALBARAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SCHWARTZ.
BAR.	LEJARS.	SEBILLEAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERRY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHANTEMESSE.	MARIE.	TUFFIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VARNIER.
CHASSEVENT.	NELATON.	VILLEJEAN.
DELBET.	NETTER.	WALTER.
FAUCONNIER.	POIRIER, chef des	WEISS.
GAUCHER.	trav. anatomiques.	WIDAL.
GILBERT.	REITERER.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.		

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien à l'Hôpital de la Pitié

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Il y a trois ans, nous eûmes l'idée de cette thèse, à la suite de la guérison d'un malade dont l'observation est relatée plus loin dans ce travail. (Observation III.)

Nous étions alors chez notre ami, le docteur Pichancourt, de Bourgogne, qui nous initiait à la pratique de la médecine en clientèle.

À la suite de la lecture d'un extrait des Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège (septembre 1892), nous convînmes d'opérer un de ses malades d'après la méthode du docteur Dury, relatée dans cet article,

C'était un malade atteint d'une hydrocèle, qui s'était montrée rebelle à la ponction suivie d'injection iodée, et qui avait récidivé après l'incision suivie d'excision de la tunique vaginale.

Le succès dépassa notre attente : le malade put travailler, le lendemain de notre intervention, de son métier fatigant et pénible de forgeron ; et, depuis trois ans, à part un incident noté dans l'observation, aucun liquide n'est reparu dans sa tunique vaginale, la guérison s'est maintenue pleine et entière.

Ce qu'il y a de plus curieux dans cette application de l'éther iodoformé au traitement de l'hydrocèle, c'est que son auteur, le docteur Dury, de Liège, n'a pas songé à elle tout d'abord.

Au début, ce qu'il cherchait, c'était un composé d'iode meilleur que la teinture, moins irritant, d'action plus durable et d'emploi moins prolongé pour le traitement du goître.

Il pensa à l'éther iodoformé qui, de fait, lui donna dans cette affection les meilleurs résultats. Plus tard il essaya ce même agent dans les kystes synoviaux, réussit admirablement; et, ce n'est qu'en troisième lieu qu'il s'en servit dans le traitement de l'hydrocèle, toujours avec le même succès.

Aussi, en raison de cette complexité d'action de la méthode du docteur Dury, avons-nous l'intention de faire notre thèse sur la valeur de l'éther iodoformé dans les trois affections : goître, kyste tendineux, hydrocèle.

Nous citerons rapidement les pratiques tombées en désuétude, passerons en revue les injections irritantes, étudiant surtout l'injection iodée, ferons l'histoire sommaire de la méthode sanglante, nous en occupant surtout après l'avènement de l'antisepsie, donnerons le manuel opératoire de la méthode par l'injection d'éther iodoformé, et enfin comparerons celle-ci aux deux précédentes, à peu près les seules employées jusqu'à ce jour.

Mais avant d'aller plus loin, qu'il nous soit permis de témoigner toute notre gratitude à M. le

professeur Tillaux d'avoir bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

Adressons également nos plus sincères remerciements à tous ceux qui nous ont conseillé ou aidé dans ce travail : M. le docteur Decès, professeur de clinique externe à l'École de Reims, notre ami, le docteur Pichancourt, et enfin M. le docteur Dury, de Liège, que nous avons gardé pour la fin dans l'intention de mieux faire ressortir la part qui lui revient. C'est lui l'auteur de la méthode que nous allons exposer : à lui tout l'honneur de cette thèse.



Pratiques tombées en désuétude

Bien des procédés plus ou moins bizarres, plus plus ou moins efficaces ont servi au traitement de l'hydrocèle. De tous il n'est guère resté que l'injection irritante et la méthode sanglante, qui seules, méritent de nous arrêter quelque temps.

Citons seulement pour mémoire les sangsues et les dérivatifs qui auraient plusieurs fois guéri l'hydrocèle (Lesueur). Dupuytren a réussi parfois au moyen des vésicatoires appliqués sur la tumeur. Les moxas eux-mêmes ont été essayés avec succès, dit Bertrandi. Graefe vante la dissolution de chlorhydrate d'ammoniaque en applications externes, moyen déjà préconisé par Keate en 1788.

Velpeau, qui a attaché son nom à la cure de l'hydrocèle par la ponction suivie d'injection iodée a, dit-il, deux fois réussi avec les cataplasmes astringents et les frictions mercurielles. D'autres ont essayé les applications de gros vin, les onctions à la pommade émétisée, (Hudson)..., etc.

Il est probable que dans chacun de ces succès, comme dans les cas de Velpeau, l'hydrocèle était récente et peu volumineuse.

La cautérisation fut aussi pratiquée : les uns employaient un caustique chimique qui, l'eschare éliminé, ouvrait la poche ; d'autres se servaient du

fer rouge, d'un cautère en forme d'L (Paul d'Egine, Guy de Chauliac).

G. de Salicet employait la tente : « Soit la bourse » percée avec une lancette, soit tirée l'eau, et soit « mis dedans le pertuis une tente, afin que libérale- » ment, quand tu voudras, tu puisses tirer hors ce » qui est dedans l'éminence. »

Monro, imité plus tard par Guérin, irrite la séreuse avec le bout de la canule du trocart. Larrey laissait à demeure un morceau de sonde en caoutchouc.

Toutes ces méthodes produisaient souvent la supuration qui était, d'ailleurs, un des modes de guérison.

Le séton fut aussi employé par Guy de Chauliac, et peut-être indiqué déjà par Galien. Van Onsenoor se servit du séton qu'il nouait et serrait pour opérer la section des parties embrassées. Plus récemment Laugier a employé le séton introduit à l'aide du trocart qui vide ensuite la poche.

L'acupuncture faite en laissant l'aiguille comme un séton eut des succès : ce serait une méthode usuelle dans l'Inde.

Mentionnons l'électro-puncture, la discision sous cutanée, la ponction simple pour arriver au seul procédé de ce chapitre qui vaille l'examen. C'est la ponction suivie de cautérisation de Defer, de Metz (1852), dont voici le manuel opératoire.

La poche évacuée au trocart, on introduit par celui-ci un stylet dont l'extrémité est recouvert d'une

légère couche de nitrate d'argent fondu. Puis on promène sur la paroi interne de la séreuse cette extrémité. Il se produit une irritation très vive et tout se passe comme après l'injection iodée. Mais les douleurs sont très fortes et parfois la récurrence se montre, le nitrate ne pouvant toucher toute la vaginale.



Ponction suivie d'injection irritante

HISTORIQUE

Arrivons enfin à la ponction suivie d'injection irritante : nous passerons rapidement sur les différents liquides employés pour insister sur la seule teinture d'iode, qui a conquis les suffrages de la majorité des praticiens.

De longue date, les anciens ont eu recours aux injections irritantes après ponction. Celse les faisait avec une solution de nitre. Lemberg de Marseille se servait d'eau phagédénique avec succès et recevait les éloges de Monro, de Sharp et d'Earle. Mais quelques insuccès ayant refroidi les praticiens, ce n'est que depuis le mémoire de Sabatier que la méthode fut généralement adoptée.

Les liquides employés furent des plus variés. Nous avons dit que Lemberg utilisait l'eau phagédénique (1667), eau de chaux chargée de sublimé corrosif. L'alcool pur ou dédoublé servait à Monro, le vin de Porto à Earle, le vin de Médoc à Juncker, la potasse dissoute à Levret, le sulfate de zinc à Bertrandi, A. Cooper, Mott. Boyer, Dupuytren avaient adopté le

vin rouge, simple ou alcoolisé, ou dans lequel ils faisaient bouillir des roses de Provins.

L'eau froide (Fricke), l'air (Manieri), le lait, le liquide même de l'hydrocèle, la solution de sel marin, d'alun (Gerdy), de nitrate d'argent (Parent), de tannin (Chaumet), l'ammoniague liquide (Bonnefont), le perchlorure de fer au 1/100 (Bréchemer), etc., ont été essayés aussi.

« Quand on songe au résultat à atteindre, dit
« Velpeau, il est aisé de comprendre que ces divers
« agents sont, en définitive, de nature à satisfaire quel-
« quefois le praticien. Il s'agit en effet d'irriter la
« tunique vaginale, de faire naître une inflammation
« adhésive à son intérieur. Or, de l'eau froide, du
« vin de toutes les espèces, de l'eau-de-vie, des solu-
« tions caustiques, un liquide quelconque en un
« mot, de même que la présence d'un corps étranger
« quel qu'il soit, sont évidemment propres à produire
« ce résultat; le tout est de savoir lequel réussit le
« mieux en entraînant le moins d'inconvénients ».

(Velpeau, nouv. élém. de méd. opérat., t. 4, 1839).

Aussi l'énumération des différents irritants est-elle loin d'être complète. Chacun cherche à trouver ce desideratum de Velpeau dans un liquide nouveau.

Langebenck indique le chloroforme (Bol. dél. instit. méd. Valenc. 1859).

Pereira de Fonseca prend le sulfate de cuivre (Bull. de thérapeut. t. L. X, 1861).

Dimmreicher (soc. méd. Vienne, 1877), puis

Polaillon (Bull. soc. chirurg. 1879) emploie le chlorure de zinc. Ce dernier injecte une seringue de Pravaz de 1 gr. de ce sel au 1/10. « Aucune réaction
« ne se montre après l'injection : dans les jours qui
« suivent, une sub-inflammation favorise le retour du
« liquide qui se résorbe insensiblement plus tard. »

Cependant sur 8 cas, une récurrence. Lerond (Thèse de Paris, 1887), sur 53, en donne 7.

L'acide chromique est employé par Mellilo (Il Morgagni, déc. 1882).

Richet, en 1885, avec le sublimé à 1/100 obtint une irritation vive, une douleur légère et des guérisons.

Lewis, de Philadelphie, se sert de l'acide phénique pur, 2 à 3 gr. : douleur forte, tuméfaction intense, guérison en une semaine (Labat, thèse 1885). Cependant nous notons des accidents phlegmoneux et 3 récurrences sur 11 cas.

L'acide phénique a, d'ailleurs, été employé souvent.

Schætzke se sert d'une solution à 8 % (Berlin, Klin., Wochens, septembre 1879).

Keyes publie 50 cas satisfaisants (médic. Rec., New-York, 1886).

Weir, William Bull, Sands, ont aussi des succès. Malheureusement il est difficile de se prononcer sur la valeur de la méthode, les doses n'étant jamais les mêmes.

N'oublions pas Ch. Monod dont le procédé original consiste à retirer de l'hydrocèle, à l'aide de la seringue

de Pravaz une cuillerée à soupe de liquide environ, qu'il remplace par un gramme d'alcool à 40° coupé avec moitié eau.

Plusieurs auteurs ont expérimenté cette manière de faire, et indiquent quelques succès. Mais la reproduction de la sérosité est fréquente.

Tous ces procédés ne sont pas entrés dans la pratique courante. Le liquide, universellement employé ou à peu près, c'est la teinture d'iode, à laquelle Velpeau s'arrêta en 1834. Jusque-là il avait surtout eu recours au vin chaud, comme d'ailleurs presque tous les chirurgiens de l'époque.

Mais, il connut les succès qu'obtenait depuis 1832, Martin de Calcutta qui, à l'hôpital des Natifs, se servait de la teinture d'iode. Ce chirurgien, dit-il, « a traité ainsi plusieurs milliers d'hydrocèles, et sur « mille cas par exemple, il n'y a eu que six récidives. » (Loc. cit.)

La puissante autorité de Velpeau mit de suite la teinture d'iode en faveur dans le traitement de l'hydrocèle, et la généralité des chirurgiens se rallia à son procédé : on n'avait que peu ou pas d'accidents et les récidives se comptaient.

Velpeau employa l'injection iodée de toutes les façons : « La teinture pure, la teinture par moitié, « par tiers, par quart, injectée tiède ou froide, laissée « en partie ou en totalité dans les kystes, dans les « hydrocèles récentes, anciennes, petites, énormes, « simples, compliquées, vaginales, herniaires, acquises ; congénitales, dans les hydro-hématocèles

« liquides elle réussit à merveille ; mais le mieux
« est de la mêler à moitié avec de l'eau à la tempé-
« rature normale, et d'en laisser une partie dans le
« sac malade. » (Loc. cit.)

Depuis, et actuellement encore, on emploie le plus fréquemment la teinture d'iode mélangée avec un tiers d'eau et quelques grammes d'iodure de potassium (pour prévenir la précipitation de l'iode.)

Mais, ainsi que MM. Reclus, Duplay et d'autres encore l'ont montré, il y a tout avantage à ne prendre que la teinture d'iode pure, récemment faite et conservée à l'abri de la lumière. De cette façon, les récidives sont moins fréquentes.



MANUEL EP SUITES OPÉRATOIRES

Le manuel opératoire de la méthode est très simple : nous ne l'indiquerons que sommairement.

Les instruments nécessaires sont : un trocart stérilisé par flambage et mis dans une solution antiseptique ; une seringue, dite à hydrocèle, en caoutchouc durci, pouvant contenir 50 à 100 grammes de teinture d'iode.

La transparence de la poche bien constatée, la situation du testicule précisée, on fait la toilette et l'asepsie du scrotum.

Puis, le malade étant couché, les bourses tenues de la main gauche, on enfonce d'un coup sec le trocart au point voulu, — en général partie antérieure, inférieure et externe du scrotum, sauf inversion du testicule.

On retire le trocart, laissant la canule ; le liquide vaginal s'écoule. La poche à peu près vide, on y injecte 50 à 100 grammes de teinture d'iode, suivant la grosseur de la tumeur, à l'aide de la seringue aseptisée. Ceci fait, on bouche l'orifice de la canule, et l'on malaxe légèrement la tumeur pour mettre l'iode en contact intime avec la tunique vaginale.

Au bout de trois à cinq minutes, on laisse la teinture s'écouler par la rétraction progressive du dartos, puis on retire brusquement la canule. La

petite plaie peut être fermée à l'aide du diachylon, du collodion ou mieux, comme l'indique Wickham, par un pansement ouaté compressif qui hâterait la guérison.

Il faut, à la suite de l'opération, que le malade reste au lit, les bourses relevées si l'on n'a pas fait de pansement.

Le soir ou le lendemain, le scrotum gonfle et rougit, devient chaud et douloureux. Il survient une orchï-vaginalite intense, un épanchement séreux, résultant de l'inflammation de la tunique vaginale, se forme et les bourses reprennent le volume qu'elles avaient primitivement.

Mais « le malade ne peut guérir que par cette vaginalité », dit M. Després (Chirurgie journalière). Il est même arrivé à cet auteur, ne trouvant pas la réaction assez intense, à la suite d'une injection iodée, de renouveler celle-ci quelques jours après la première intervention, afin d'assurer la guérison.

Pendant ce temps le malade a de l'innapétence, de la fièvre, et souffré, surtout au plus léger attouchemment.

Cet état dure six à sept jours; la fièvre tombe cependant plus tôt. Et, à la fin de la première semaine, tous ces phénomènes s'apaisent. En quinze jours, trois semaines, la guérison est obtenue. Velpeau et d'autres annoncent douze jours; mais, comme le fait remarquer M. Després, « ce n'est pas le moment où « le malade se lève et va à ses affaires avec un sus-
« pensoir qui doit être considéré comme le moment

« de la guérison... Pour qu'il y ait guérison, il faut
« que le scrotum ait repris sa couleur, sa souplesse,
« qu'il n'y ait plus de liquide. » (Loc. cit.)

M. Després donne même des chiffres beaucoup
plus élevés : Voici deux observations tirées de sa
Chirurgie journalière :

OBSERVATION I (Chir. journ. Després)

Jules Victor M..., âgé de 57 ans, hydrocèle vaginale droite

Depuis 10 ans, le malade s'est aperçu qu'il porte une
grosseur, dans le scrotum du côté droit.

La tumeur a le volume d'une tête d'enfant nouveau
né, elle est transparente, le testicule est situé en haut et
en arrière de la tumeur.

Ponction et injection iodée, teinture d'iode pure des
hôpitaux, le 22 décembre 1876 ; vu le volume énorme de
l'hydrocèle, M. Després laisse dans la tunique vaginale 30
grammes environ de teinture d'iode. Le soir tuméfaction
et rougeur du scrotum, le liquide de l'hydrocèle se repro-
duit.

Fièvre du deuxième au quatrième jour après l'opéra-
tion ; le neuvième jour la douleur a disparu dans le scro-
tum.

A partir de ce jour, le scrotum diminue tous les jours,
la résorption du liquide est complète le 28 janvier 1877.

OBSERVATION II (Després, loc. cit.

Pierre Etienne P..., âgé de 55 ans, journalier, est atteint depuis trois mois dit-il, d'une grosseur dans le scrotum du côté droit. La tumeur a le volume d'un gros œuf, est transparente, et le testicule y est situé en arrière.

Le 29 décembre, ponction et injection iodée ; la tumeur ayant un petit volume, M. Després ne laisse pas ou laisse une quantité peu appréciable de teinture d'iode.

Le 30 décembre la réaction inflammatoire apparaît, le scrotum est rouge, le liquide de l'hydrocèle commence à se reproduire.

Fièvre les deuxième et troisième jours, défervescence rapide.

Le septième jour le scrotum n'est pas douloureux, le liquide de l'hydrocèle entièrement reproduit, commence à se résorber. Il a disparu le 30 janvier 1877.

Depuis quelques années, avant l'injection de la teinture d'iode très douloureuse, on insensibilise la vaginale à la cocaïne, soit avec une quinzaine de grammes de solution à 1/200, soit avec une à quatre seringues de Pravaz de solution à 1/50 dans le liquide de l'hydrocèle non évacué.



Méthode sanglante

HISTORIQUE

Jusque 1876, la ponction suivie de l'injection de Velpeau resta à peu près la seule méthode de traitement de l'hydrocèle. Toutefois la réussite n'était pas toujours parfaite, il y avait des récidives, fait très compréhensible, étant données les nombreuses altérations du côté du testicule, de l'épididyme et de la séreuse, causes de la tumeur.

Aussi, encouragé par les brillants résultats de l'antisepsie, Volkmann songea-t-il à la méthode sanglante.

D'ailleurs, il n'avait pas la priorité de ce mode de traitement. L'incision, préconisée jadis par Celse, fut pratiquée couramment au siècle dernier. On faisait une ouverture à la partie supérieure du scrotum, assez large pour permettre l'introduction du doigt. Un bistouri boutonné servait à achever la division de toute la paroi antérieure de haut en bas et de dedans en dehors.

Pour produire l'adhérence des deux feuillets de la tunique vaginale, on faisait suppurer en remplissant de charpie la poche dont la cicatrisation se faisait du fond vers les bords.

La guérison était la règle ; mais cependant la récurrence était possible, quelques points pouvant échapper à la suppuration.

De plus la douleur, les accidents assez fréquents et faciles à comprendre avaient fait rejeter cette opération, malgré les travaux de Rust, Waren, Dieffenbach, Gama, Bégin et Chélius.

L'excision remonte aussi vers le même temps. Toutefois c'est Douglas qui l'a fait connaître. Il enlevait un lambeau elliptique du scrotum, disséquait la tunique vaginale jusqu'au testicule et l'excisait au ciseau.

Boyer faisait une simple incision sur toute la hauteur de l'hydrocèle, disséquait la vaginale, ouvrait la tumeur et excisait les lambeaux.

Dupuytren, après incision, énucléait le kyste le poussant en avant, comme un noyau pressé entre les doigts. Ouverture, puis excision.

Le pansement était le même que précédemment.

Méthode radicale, mais longue et douloureuse, mettant à l'abri de la récurrence. Cependant Boyer constate que l'hydrocèle se reproduit quelquefois, la totalité de la séreuse étant impossible à enlever.

On le voit, les auteurs regardaient la disparition de la cavité vaginale comme indispensable à la guérison. Pourtant Wood, croyant l'inverse, incisait le scrotum sur une faible longueur et excisait un petit lambeau de la vaginale. Son exemple ne fut pas suivi.

Il est bien évident que tous ces différents modes

de la méthode sanglante, quels qu'ils soient, devaient tomber dans l'oubli. Une seule terminaison, en effet, leur était commune et nécessaire, la suppuration ; or la suppuration n'était pas sans danger et amenait fréquemment des accidents.

Il ne fallait rien moins que l'avènement de l'antisepsie pour qu'un chirurgien osât en conscience renouveler la cure par l'opération sanglante. Si le procédé restait le même, la terminaison changeait : la suppuration fatale, nécessaire, était remplacée par la réunion par première intention.

C'est Volkmann, avons-nous dit, qui en 1873 reprit le bistouri pour en obtenir la guérison de l'hydrocèle.

Il faisait l'asepsie de la peau, incisait toute la longueur du scrotum couche par couche. Le liquide écoulé, il enlevait les productions anormales, si besoin, lavait la vaginale à la solution phéniquée 3 %, laissait un drain et suturait en même temps les lèvres de la vaginale et de la peau. Enfin, pansement compressif. C'est l'incision simple.

Julliard modifie la méthode de Volkmann. Après asepsie avec une solution phéniquée à 1.25 %, plus faible, incision, puis résection de la vaginale sauf ce qu'il en faut pour couvrir le cordon et le testicule. Lavage à la même solution faible, suture au catgut fin de la séreuse, suture du scrotum et drain. Enfin pansement compressif.

C'est l'incision suivie d'excision

MANUEL ET SUITES OPÉRATOIRES

Nous ne nous attarderons pas à décrire les nombreuses modifications apportées aux procédés opératoires de Volkmann et de Julliard.

Chaque chirurgien a changé plus ou moins différents points de détail, suivant ses goûts et ses tendances; mais la méthode n'en reste pas moins la même. Aussi ne citerons-nous que les noms des plus connus de ces chirurgiens :

MM. Bergmann (1885), Augagneur (1886), Nicaise, Scaranzio (1889), Isch Wall (Cajepis, thèse de Paris, 1892) ont décrit chacun un procédé particulier qui modifie plus ou moins le manuel opératoire. Cependant la différence n'est pas très accentuée.

« L'incision du scrotum — lavé et désinfecté —
« s'étend de l'anneau inguinal à la partie la plus dé-
« clive de la tumeur; les tuniques superficielles divi-
« sées se rétractent, et mettent à nu la vaginale que l'on
« ponctionne avec le bistouri; on introduit un doigt
« par cet orifice, et d'un coup de ciseaux, on sectionne
« la séreuse en haut et en bas de façon que l'incision
« de la vaginale soit aussi étendue que celle des
« bourses; la glande est largement découverte, on
« l'inspète de l'œil: on voit si elle est saine, si des
« kystes saillent à sa surface, si des corps étrangers
« l'irritent; on lave une seule fois et très modéré-
« ment la cavité avec un liquide antiseptique peu
« irritant; puis on résèque une partie des feuillets

« distendus de la vaginale, n'en gardant que juste ce
« qu'il faut pour envelopper de nouveau le testicule.

« On adosse alors ce qui reste des deux feuillets
« réséqués, et leurs lèvres, mises en contact, sont
» maintenues en place par quelques points avec un
« catgut assez fin pour être facilement et sûrement
« résorbé : la cavité séreuse est ainsi reconstituée. On
« interpose entre elle et les tuniques scrotales, que
« l'on va suturer aussi, un faisceau de 7 à 8 crins de
« Florence, drain tout à fait suffisant dans l'espèce.
« Quand à la réunion de la peau, elle est assurée par
« une suture au fil de soie. Le pansement est des plus
« simples : poudre d'iodol le long de l'incision ;
« puis ouate hydrophile qui soulève et comprime
« d'une manière soigneuse et méthodique les bourses,
« appliquées contre la paroi abdominale par un
« double spica de l'aîne. » (Reclus. Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu.)

Du 5^e au 12^e jour le malade se lève, guéri radicalement. La récurrence est rare : Nimier n'en indique que 4 sur 457 opérés, à peine 1/100.

Tous les auteurs sont d'accord pour vanter, en effet, la rapidité de la guérison, le peu de souffrances du malade et le manque à peu près complet de récurrences. Cependant l'hydrocèle peut réparaître, M. Reclus en cite des exemples et, pour notre compte, nous en avons vu un cas, relaté d'ailleurs dans l'observation III, dans lequel l'éther iodoformé a fait merveille.

Inutile d'ajouter que des accidents inflammatoires

toires peuvent se montrer, comme à la suite de toute opération : accidents de toute sorte, hémorrhagiques, gangréneux et suppuratifs (Albers, Beitrag zur statistik der hydrocelen, Berlin 1889). Mais ces complications ne sont pas inhérentes à la méthode et sont dues soit à des fautes opératoires, soit à un manque d'asepsie.

Néanmoins la cure radicale de l'hydrocèle par la méthode sanglante est chose suffisamment délicate pour être réservée aux seuls chirurgiens. Elle a le désavantage d'exiger : 1° l'anesthésie, soit générale par le chloroforme, soit plutôt locale par la cocaïne ; 2° un outillage spécial ; 3° une habileté chirurgicale que ne peuvent avoir tous les praticiens, principalement à la campagne.

Elle doit donc être réservée à certaines mains et dans certains cas spéciaux.



Traitement de l'hydrocèle par l'éther iodoformé

HISTORIQUE

Avant d'exposer le mode de traitement du Docteur Dury dans l'hydrocèle, nous croyons bon de nous arrêter un instant sur l'historique de cette méthode.

C'est, qu'en effet, comme nous l'avons dit dans notre introduction, ce n'est pas d'emblée que le médecin de Liège a employé l'éther iodoformé dans l'hydrocèle. Ses recherches primitives se portaient sur le goître, et il voulait doter la thérapeutique de cette affection d'un agent moins irritant, moins nocif, plus puissant, à plus longue portée d'action que la teinture d'iode. Les injections intra-glandulaires de ce médicament, meilleures cependant que les applications externes ou son introduction par la voie buccale, ne le satisfaisaient pas complètement. Mais laissons la parole à M. Dury lui-même.

« La teinture d'iode employée en injection a un grand défaut : elle est trop irritante, ce qui oblige

« à n'injecter que des quantités assez faibles en pre-
« nant bien garde de ne pas pousser l'injection dans
« un vaisseau, si l'on ne veut s'exposer à des accidents
« inflammatoires et tous leurs ennuis. De plus, la
« résorption rapide de l'iode empêche ces injections
« d'avoir une action très prolongée. Dans ces condi-
« tions on est obligé pour obtenir un résultat de renou-
« veler à courts intervalles et un grand nombre de
« fois l'opération ».

En 1884, début des expériences de M. le Docteur Dury, l'iodoforme dissous dans l'éther lui parut être le desideratum qu'il cherchait : tolérance des tissus, richesse en iode, grande fixité du médicament qui, ne livrant son iode que peu à peu, prolonge d'autant son action, tout ce qu'il voulait trouver était réalisé.

Il expérimenta l'éther iodoformé dans le goître avec plein succès. Chez les premiers opérés, les piqûres faites un peu timidement donnèrent une guérison déjà plus courte que dans les autres procédés. Enfin, fixé sur l'innocuité de la méthode, il adopta la manière suivante.

Avec une seringue de Pravaz pleine d'éther iodoformé à 10 %, dont l'aiguille est enfoncée dans la profondeur du goître, on injecte 2 à 3 gouttes, puis on retire légèrement l'aiguille qu'on enfonce dans une autre direction pour déposer de nouveau 2 à 3 gouttes ; et ainsi de suite partout, jusqu'à ce que la tumeur soit bourrée du liquide.

Chaque fois l'on injecte 1 à 6 grammes d'éther iodoformé, suivant le volume du goître ; 2 à 3 séances

suffisent, parfois une seule. Chacune d'elles doit se faire à un intervalle de 2 à 3 mois, l'action résolutive étant très prolongée. Il faut, en outre, injecter lentement ; l'éther bouillant à la température du corps émet des vapeurs qui pourraient donner une tension trop forte.

Chez les opérés, aucune réaction, tout au plus une tension légèrement douloureuse pendant vingt-quatre heures.

A la suite de ces succès, M. Dury eut l'idée d'essayer le même procédé dans les kystes tendineux, si souvent rebelles à toute médication.

Quelques gouttes d'éther iodoformé eurent raison de ceux qu'il traita.

Enfin, par analogie, il tenta la cure de l'hydrocèle par le même agent médicamenteux, employé dans les mêmes conditions. Trois cas furent opérés ; tous les trois furent guéris « avec une simplicité vraiment merveilleuse » dit l'auteur (sept. 1892).

Actuellement M. Duruy a traité par sa méthode :

78 goîtres,

150 à 160 kystes tendineux,

17 hydrocèles.

Il n'a jamais eu qu'à s'applaudir d'y avoir eu recours, tant à cause de la facilité que de la rapidité et de la sûreté des résultats. Jamais le moindre accident, jamais la plus petite récurrence.

Cet exposé est peut-être un peu long, mais nous a paru nécessaire, parce qu'il nous a semblé curieux de montrer par quel lent acheminement de l'esprit,

par quelles associations d'idées de processus irritatif et d'action thérapeutique M. Dury en était arrivé à appliquer l'éther iodoformé au traitement de l'hydrocèle.



MANUEL ET SUITES OPÉRATOIRES

Le manuel opératoire de M. Dury est des plus simples.

Un seul instrument est nécessaire, celui qui se trouve dans les mains de tous les praticiens, la seringue de Pravaz. Il faut de plus une petite fiole contenant quelques grammes d'éther iodoformé à 10 0/0.

Le champ opératoire est aseptisé comme pour toute piqure hypodermique. La main gauche tenant les bourses, on prend de la main droite la seringue armée de l'aiguille que l'on enfonce ainsi facilement au lieu d'élection.

Ceci fait, on retire le corps de la seringue et le liquide vaginal s'écoule lentement, mais avec assez de facilité cependant : le liquide de l'hydrocèle est en effet presque toujours très clair et très fluide.

C'est d'ailleurs le seul temps de l'opération auquel on puisse adresser un reproche : l'aiguille donne un écoulement peu rapide. Il est facile de remédier à cet inconvénient : dans notre observation III, le liquide s'évacuant trop lentement à notre gré, nous avons imaginé d'enfoncer un petit trocart qui vida la vaginale plus vite. Puis nous le retirâmes, fermant la piqure avec un peu de collodion ; et par l'aiguille, restée en place nous fîmes notre injection.

Il serait encore possible d'aspirer avec un appareil de M. Dieulafoy toute la sérosité et, par l'aiguille, de pousser l'éther iodoformé. Une seringue de M. Roux serait même suffisante.

Néanmoins dans toutes nos observations l'écoulement du liquide vaginal, quoique lent, s'est très bien fait par l'aiguille Pravaz.

La sérosité écoulée, on injecte rapidement avec la petite seringue quelques grammes d'éther iodoformé : il en faut 3 à 8 grammes suivant le volume et l'ancienneté de l'hydrocèle. On peut simplifier en prenant une seringue de plus forte dimension.

Après l'injection, l'éther se volatilise, bouillonne projetant l'iodoforme de tous côtés. La poche se tend et, si la tension semble exagérée, on retire le doigt de l'ouverture de l'aiguille; quelques vapeurs s'échappent. Mais il faut en abandonner le plus possible à l'intérieur.

La douleur est si minime que quelques opérés ont pu faire à pied une course assez longue aussitôt l'injection. A peine d'autres ont-ils éprouvé quelque gêne dans les bourses, le lendemain et le surlendemain.

Il n'est nul besoin de malaxer; nous l'avons fait une fois, n'ayant pas encore la confiance absolue dans le traitement, et nous avons déterminé une sensation pénible, douloureuse que les autres fois nous n'avons pas remarquée.

L'éther iodoformé, en effet, se malaxe lui-même, si je puis m'exprimer ainsi, et d'une façon plus

complète et plus douce que ne pourrait le faire la main la plus habile. Son bouillonnement, sa vaporisation rapide à 37° le rendent infiniment diffusible et projette bien vite l'iodoforme impalpable dans tous les sens, sur tous les points de la paroi de la poche : aucun diverticule, aucune anfractuosité n'échappe à ses vapeurs.

C'est d'ailleurs ce qui se passe dans les abcès froids traités de la même façon. « Les parois, —
« une autopsie de Verneuil l'a montré — se recou-
« vrent d'un léger enduit jaunâtre, d'une couche
« pulvérulente mince, comme celle qui se dépose
« dans les opérations galvanoplastiques. C'est là
« l'immense avantage de l'éther. Il pénètre partout,
« il entraîne avec lui et répand, sur les tissus mor-
« bides, le médicament qu'il contient. » (Reclus. Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu.

A la suite de l'opération, point de réaction inflammatoire, point d'inappétence, de fièvre, de condamnation au lit. Pas de pansement : un peu de coton et de collodion, si l'on veut. Le jour même, ou par précaution le lendemain, le malade reprend sa vie normale, ses occupations habituelles.

Quel est le mode d'action du traitement ? M. Dury suppose que « c'est sans doute la mo-
« dification apportée par l'iodoforme jointe à
« l'irritation qui détermine l'éther qui provoque la
« guérison. » (Dury loc. cit.)

Quelle que soit la valeur de cette explication, nous apportons à l'appui de nos dires vingt observa-

tions qui relatent vingt succès. On nous objectera que nous n'avons là qu'un nombre bien restreint de faits, et que la statistique ne peut se baser sur de si petits chiffres. Peut-être même, dira-t-on que nous sommes tombé sur une série heureuse ? Certes ces arguments ne manquent pas de valeur : vingt guérisons ne semblent pas au prime abord suffisantes pour affirmer la puissance d'un traitement,

Mais qu'il nous soit permis de citer nos vingt observations : nous avons l'espoir qu'elles répondront d'elles-mêmes à ces objections.

OBSERVATION III (Inédite).

Rédigée par M. le Docteur Pichancourt, de Bourgogne (Marne).

Hydrocèle droite. — 18 ponctions simples. — 1 ponction suivie d'injection iodée. — 1 ablation de la tunique vaginale. — Guérison par les injections d'éther iodoformé au 1/10

Le 25 décembre 1888, le sieur X... âgé de 36 ans, ouvrier forgeron, reçoit un coup de poing sur la région scrotale droite : cette contusion devient le point de départ d'une hydrocèle qu'un confrère ponctionne le 12 février 1889. Cette ponction non suivie d'injection donne issue à environ 600 gr. de sérosité claire : l'opéré peut reprendre ses travaux le lendemain.

En mars 1889, le malade vient habiter Bourgogne et

me consulte le 2 avril pour son hydrocèle. Le malade n'est ni tuberculeux, ni scrofuleux ; pas d'antécédents syphilitiques. Je propose une ponction suivie d'injection : le malade dont le travail est pressant, n'accepte que la ponction simple ; elle donne issue à 600 gr. environ de sérosité claire.

Le malade est de nouveau ponctionné en juin, août, novembre 1889, janvier, avril, juin, août 1890.

En septembre 1890, le malade retourne à Reims où il est successivement ponctionné tous les deux mois, jusqu'en novembre 1894.

A ce moment il revient habiter Bourgogne ; je le ponctionne simplement en janvier, mars et juin 1892.

En juillet 1892, le malade retourne à Reims et va consulter M. le docteur Doyen qui lui fait une ponction suivie d'injection iodée. La récurrence ayant eu lieu, la malade se rend le 27 août à la clinique du docteur Doyen qui fait une excision de toute la portion de tunique vaginale qu'il peut amener au dehors. Les suites de l'opération sont des plus simples.

Vers le 15 septembre, le malade revient habiter Bourgogne, — il paraît radicalement guéri et se remet au travail. Au bout de quelques jours de son labeur très fatigant le liquide se reproduit avec rapidité. Et le 30 septembre je dus intervenir dans les conditions suivantes.

Quelque temps auparavant M. Ponsard, étudiant en médecine, me faisait remarquer dans le Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques (année 1892, 17^e cahier) l'article 15277 : « de l'éther iodoformé dans le traitement des goîtres, des kystes synoviaux et de l'hydrocèle. » L'opération proposée pour la cure de l'hydrocèle nous

avait séduits par sa simplicité. Je la proposais au malade qui accepta.

Assisté de M. Ponsard, j'introduis à la région externe et inférieure du scrotum l'aiguille de Pravaz. Le liquide s'écoulant assez lentement, je ponctionne au-dessous avec un trocart n° 2. La sérosité toujours jaunâtre et claire, 400 gr. environ, étant écoulée, je retire le trocart, ferme la plaie avec du collodion riciné et injecte avec la seringue de Pravaz par l'aiguille restée en place 3 centim. cubes de la solution d'éther iodoformé à 10 %.

Un peu de malaxage détermine quelque douleur. Cette ponction est faite le soir, le malade passe une bonne nuit et reprend son travail le lendemain.

J'avais recommandé au malade de me faire appeler aussitôt qu'il verrait le liquide se reproduire : je craignais de ne pas avoir assez injecté d'éther iodoformé, étant donné la distension considérable de la poche vaginale.

Huit jours après le malade vient me consulter : je constate un léger épanchement et, le soir, je recommence l'opération comme précédemment.

1° Introduction de l'aiguille de Pravaz à la région moyenne et externe du scrotum.

2° Ponction au trocart n° 2 à la partie inférieure, qui donne 50 gr. de liquide clair. Application de collodion sur la plaie laissée par le trocart retiré.

3° Injection de 4 centim. cubes d'éther iodoformé par l'aiguille. Léger malaxage quelque peu douloureux ; par deux fois je laisse échapper les vapeurs d'éther pour diminuer la tension.

L'opéré reprend son travail le lendemain dans l'après-midi. Depuis cette époque, actuellement trois ans, le liquide n'a pas reparu. La guérison peut donc être considérée comme définitive.

(Toutes ces ponctions ont été faites aseptiquement. Si le 30 septembre 1892, l'injection iodoformée a donné une récurrence, cela tient à ce que l'éther était en quantité insuffisante pour la distension de la vaginale. Voilà une opération simple, facile et rapide ; elle est de plus peu douloureuse et, ce qui est à considérer, elle n'occasionne aucune perte de temps.)

OBSERVATION IV (personnelle)

Ch..., 54 ans, né à Sacy (Ardennes), scieur de long, demeurant actuellement à Reims, entre à l'Hôtel-Dieu de cette ville, dans le service de M. le docteur Decès, professeur de clinique chirurgicale, le 28 octobre 1895.

Le 31, nous l'examinons, avec la permission de M. Decès de pratiquer l'opération de M. Dury.

Antécédents héréditaires. — Nul.

Antécédents personnels. — Vers l'âge de 16 ans, le malade a eu le testicule gauche qui est devenu lentement gros et douloureux. Depuis cette époque, la douleur testiculaire est revenue fréquemment, en général sourde, parfois légèrement aiguë et lancinante.

Il y a quinze ans, hernie du même côté, suite d'un effort. L'année dernière, production d'une nouvelle hernie à droite.

Enfin, il y a deux mois, la bourse gauche est devenue grosse et tendue ; de l'eau s'est formée, dit le malade.

État actuel. — Le malade, quoique d'une stature et d'un aspect robustes, a la figure amaigrie, sans teinte spéciale.

L'auscultation de la poitrine nous indique un sommet droit induré légèrement, et quelques craquements humides au sommet gauche.

Abcès dans l'aisselle du côté droit. Hernies inguinales droite et gauche ; cette dernière plus volumineuse, mais nettement séparée du testicule.

Celui-ci est en arrière et en bas refoulé par un hydrocèle peu accentué. Cependant nous constatons la fluctuation et la transparence assez facilement. Le testicule et l'épididyme semblent confondus en une seule masse plus grosse que l'autre testicule.

Opération. — Nous ponctionnons avec l'aiguille de Pravaz. Le liquide s'écoule sans trop de difficulté, mais plus jaune que la sérosité habituelle de l'hydrocèle. Soixante grammes environ sont évacués. Nous injectons rapidement 3 centim. cubes d'éther iodormé à 10 0/0.

Le malade, très impressionnable, accusant quelque douleur, nous laissons échapper un peu de vapeurs et tout s'apaise.

2 novembre. — Nous revoyons l'opéré. Il se porte bien et s'est levé le lendemain de l'intervention. Nous n'assistons pas à sa sortie. Mais nous recevons de ses nouvelles en avril 1895 : aucune récurrence.

L'épididyme, après l'évacuation du liquide, était bosselé par endroits et induré ; il se confondait presque avec le testicule. Rien au cordon. Nous avons là sans doute une hydrocèle symptomatique de tuberculose de l'épididyme).

OBSERVATION V (personnelle).

Le nommé A. D..., âgé de 38 ans, cultivateur à Epouville, entre le 20 avril 1895. au nouvel hôpital du Havre, pavillon I.

Cet homme présente une hydrocèle assez volumineuse développée dans la tunique vaginale gauche. *Antécédents héréditaires* : Père et mère vivants bien portants ; deux frères et une sœur également en bonne santé. *Antécédents personnels* : Cet homme s'est toujours bien porté ; il n'a jamais eu ni fièvre typhoïde, ni blennorrhagie, ni syphilis. Il n'a jamais eu non plus de traumatisme de la région scrotale.

Il est marié, sa femme est bien portante et il a quatre enfants vigoureux.

La tumeur pour laquelle il entre à l'hôpital s'est montrée au mois de janvier 1885 sans cause apparente ; elle avait d'abord le volume d'un œuf de poule, puis elle s'est accrue progressivement, sans causer de douleur au malade, mais devenant gênante par son volume.

Etat actuel : Homme vigoureux, bien portant : l'examen des divers organes ne montre rien d'anormal.

La tumeur a la forme d'un boudin mesurant 24 centim. de hauteur ; la peau de la verge est attirée vers le scrotum et le pénis ne montre plus qu'un orifice ombiliqué d'où l'urine sort assez difficilement.

Cette tumeur est lisse, régulière, irréductible, nettement transparente ; le testicule est situé en arrière et en dedans.

Vésicules séminales et prostate saines au toucher rectal.

Le 23 avril 1895, ponction : 300 gr. de liquide limpide jaune pâle. A l'examen facilité par cette opération, on trouve le testicule, l'épididyme et le canal déférent sains. On injecte avec la seringue de Pravaz 5 centim. cubes d'éther iodoformé au 1/10. Léger picotement, un peu de

bouillonnement et quelques bulles de gaz s'échappent par l'aiguille. Tout rentre dans l'ordre, on retire l'aiguille.

Les jours suivants on ne constate aucune réaction, aucune douleur, les bourses ont leur volume normal ; le malade se lève et se promène, puis sort le 2 mai 1895.

Cet homme n'est pas reparu depuis, ne devant revenir que s'il y avait récédive.

OBSERVATION VI (personnelle).

Le nommé H. L..., cultivateur à Eprétot, 42 ans, entre au nouvel hôpital du Havre, pavillon I, le 12 juin 1895. Il est porteur d'une tumeur dans les bourses, du côté gauche. Antécédents héréditaires nuls.

Antécédents personnels: Ni scrofule, ni blennorrhagie ni syphilis.

L'hiver dernier, bronchite grave durant 3 mois. Il est marié, sa femme est bien portante, il a six enfants vigoureux.

Il y a trois mois la bourse gauche a grossi, depuis, le volume s'est accru, déterminant quelques douleurs sur le trajet du cordon.

Etat actuel: Aspect vigoureux. L'examen des poumons les montre en bon état. Tumeur piriforme dans la bourse gauche, régulière, lisse. Transparence peu nette. Testicule en bas et en arrière, difficile à explorer. Vésicules séminales normales.

Le 15 juin, ponction : 150 gr. de liquide limpide, citrin. On constate que le testicule et l'épididyme sont augmentés

de volume. Nodosité très nette au niveau de la queue de l'épididyme. Diagnostic : orchite tuberculeuse.

On injecte 4 centimètres cubes d'éther iodoformé dans la vaginale, sans douleur. On retire l'aiguille de Pravaz. Deux heures de léger gonflement..

Aucune réaction pendant 8 jours. Mais le 24 juin, le docteur Engelbach pratique la castration. Le malade sort guéri le 20 juillet.

Cette observation n'es pas concluante, à cause de l'opération consécutive : nous l'avons citée seulement pour mémoire.

OBSERVATION VII (inédite)

Communiquée par M. le Dr Dury (1)

Homme de 69 ans, très robuste. Hydrocèle datant de 2 ans, déterminant une gêne modérée.

La ponction enlève 170 gr. de liquide citrin ; la poche vidée, j'injecte rapidement 3 gr. d'éther iodoformé, je retire la seringue laissant l'aiguille en place, en bouchant l'ouverture avec le doigt : au bout de quelque temps la tension déterminée par les vapeurs d'éther devenant trop forte, je laisse échapper l'excès d'éther ; à deux reprises je renouvelle cette manœuvre. Bref, la tension devenant supportable, je retire l'aiguille, pas de pansement.

Ce monsieur peut faire immédiatement sa promenade habituelle d'une heure ; pas de réaction. Le lendemain, à peine un peu de lourdeur qui disparaît au bout de 2 jours. L'hydrocèle est et reste complètement guérie,

(1) Cette observation et les suivantes nous ont toutes été communiquées par M. le Dr Dury.

OBSERVATION VIII (inédite)

Homme de 65 ans : hydrocèle volumineuse déjà ponctionnée 3 fois.

La ponction ramène près de 600 gr. de liquide clair : injection de 6 gr. d'éther iodoformé à 10 %. Comme plus haut, quand la tension devient trop forte, je laisse échapper un jet de vapeur ; mais j'abandonne dans la poche la plus grande quantité possible de liquide.

Ce monsieur peut le même jour faire de longues courses et rentre à pied chez lui (8 kilomètres). Un peu de réaction le lendemain, mais pas au point de se maintenir au repos complet. Cette irritation dure 4 à 5 jours, pendant lesquels un suspensoir est nécessaire pour éviter la gêne dans la marche, puis tout disparaît. L'hydrocèle ne s'est plus remontrée.

OBSERVATION IX (inédite)

Homme de 75 ans. Hydrocèle ancienne, déjà plusieurs fois ponctionnée et, 3 ans auparavant, traitée par l'injection de teinture d'iode sans succès.

La ponction ramène plus d'un demi-litre de liquide. J'injecte 8 gr. d'éther iodoformé et ne revoie plus le malade.

Ce n'est que quelques mois après que j'apprends qu'il n'a pas souffert et que le liquide ne s'est plus reproduit.

OBSERVATION X (inédite)

Homme de 43 ans. Hydrocèle petite : 60 gr. de liquide louche. Parois de la poche très épaisse, testicule sain.

Injection de 2 gr. de liquide dont j'abandonne comme toujours le plus possible. Pas la moindre précaution post-opératoire : à peine un peu de réaction. Au bout de quelques jours la guérison est complète.

OBSERVATION XI (inédite)

Homme de 55 ans. Hydrocèle remontant à 5 mois à la suite d'une contusion légère.

125 gr. de liquide clair sont évacués ; injection de 4 gr. d'éther iodoformé. Sensibilité assez vive le premier jour, mais qui diminue considérablement le second. Au 3^e, la gêne est à peine perceptible : la guérison ne tarde pas à être complète.

OBSERVATION XII (inédite)

Homme de 38 ans, hydrocèle à la suite d'une contusion. Je retire 260 grammes de liquide clair ; 5 grammes

d'éther iodoformé sont injectés, dont je ne puis abandonner qu'une petite quantité chez ce malade assez sensible. La douleur ne persiste pourtant pas, et la réaction n'est pas suffisamment intense pour empêcher la marche le lendemain.

Au bout de quelques jours la guérison est complète.

OBSERVATION XIII (inédite)

Homme de 60 ans, Hydrocèle déjà ponctionnée une dizaine de fois. Le liquide se reproduit très rapidement.

La ponction ramène plus de 500 gr. de liquide clair ; j'injecte 7 gr. d'éther iodoformé. Le malade peut aisément retourner chez lui à une grande distance, — 2 heures de chemin de fer et près de 2 lieues faites de pied.

Les nouvelles que j'ai eues dans la suite ne me signalent aucun accident : la guérison a été complète.

OBSERVATION XIV (inédite).

Homme de 36 ans. Hydrocèle peu volumineuse que le malade ne sait à quoi attribuer.

55 gr. de liquide citrin ; injection de 2 gr. d'éther iodoformé que je laisse échapper en grande partie quand la tension devient trop forte. Pas de réaction sensible, gêne à peu près nulle. Le malade peut vaquer à toutes ses occupations. — Guérison.

OBSERVATION XV (inédite)

Homme de 54 ans. Hydrocèle remontant à 7 ans, de volume moyen, qui n'a jamais été ponctionnée.

230 gr. de liquide ; 4 gr. d'éther iodoformé en injection. A peine un peu de sensibilité pendant 3 jours. Guérison.

OBSERVATION XVI (inédite)

Homme de 76 ans. Hydrocèle ancienne plusieurs fois ponctionnée.

Près de 800 grammes de liquide ; j'injecte 8 gr. d'éther iodoformé que je malaxe dans toute la poche. Réaction assez vive pendant quelques jours, mais qui n'est pas cependant douloureuse au repos. Je fais appliquer pendant ces quelques jours un pansement humide, et la guérison est bientôt complète.

OBSERVATION XVII (inédite).

Homme de 50 ans. Hydrocèle deux fois déjà injectée à la teinture d'iode sans succès. Varicocèle très prononcé.

Je retire 425 gr. de liquide, j'injecte 8 gr. d'éther iodoformé. Quarante-huit heures de réaction facilement supportée. Le gonflement léger diminue au bout du 5^e jour et la guérison se maintient.

OBSERVATION XVIII (inédite)

Homme de 42 ans. Hydrocèle de volume moyen.

Je retire 240 gr. de liquide et j'injecte 4 gr. d'éther iodoformé. Pas de renseignements immédiats. J'apprends plus tard que la guérison est complète.

Toutes ces dernières observations sont de M. le docteur Dury qui, à leur suite, ajoute ces mots :
« Cinq autres cas ont été opérés sans que je prenne
« de renseignements et se rapportent à des hydro-
« cèles de petite ou moyenne dimension, injectée
« avec des quantités d'éther iodoformé variant entre
« 2 et 6 gr. Tous ces malades ont pu comme les
« autres retourner chez eux à pied sans prendre de
« précautions particulières, et aucun d'eux n'a du
« s'aliter. Chez tous la guérison a été complète. »
(Lettre du 12 sept. 1895).

Si maintenant nous analysons d'une façon succincte la série des opérés que nous relatons, le résultat de cette analyse devient instructif et permet de tirer quelques conclusions tout en faveur du traitement.

Les dix-sept cas d'hydrocèle soignés par M. Dury se répartissent comme suit :

« Sept cas n'avaient jamais été traités auparavant : leur volume était modéré.

« Huit cas n'avaient été soumis qu'à des ponctions simples, et dans trois de ceux-ci le volume de l'hydrocèle était très considérable.

« Enfin les autres cas avaient subi la ponction suivie d'injection de teinture d'iode, et la récurrence s'était manifestée.

« Tous ces cas ont guéri sans le moindre incident » (Lettre du 38 mai 1895).

Les trois cas que nous avons eu l'occasion de traiter sont les suivants :

Une hydrocèle de petit volume, probablement d'origine tuberculeuse, guérie radicalement.

Une autre, à liquide plus abondant, guérie également.

Enfin une troisième, ayant subi successivement de nombreuses ponctions simples, puis une ponction suivie d'injection iodée, et en dernier lieu l'ablation de la tunique vaginale. Toutes ces interventions n'ont pas empêché la récurrence.

Cette hydrocèle, comme les précédentes, a guéri par l'éther iodoformé.

Nous aurions voulu ajouter à cette brillante série les cas opérés par les confrères voisins ou compatriotes de M. Dury, qui ont employé le même traitement avec le même succès ; mais nous n'avons pu nous les procurer.

Cependant nous croyons avoir suffisamment montré la valeur de la méthode du docteur belge, et il ne saurait plus être question de série heureuse, les cas que nous citons comportant des hydrocèles de tout volume, de nature diverse, et d'aucunes étant des récidives de l'injection iodée, voire de l'excision de la vaginale.

Ajoutons pour clore ce chapitre, une phrase de M. Reclus, qui a eu recours plusieurs fois aux injections d'éther iodoformé dans l'hydrocèle. « Ce procédé « que je crois être le premier à proposer, fera peut-
« être son chemin, car il me semble bon, surtout lors-
« qu'il s'agit d'hydrocèle symptomatique de tuber-
« culose testiculaire » (Reclus, loc. cit.)

Il y a de plus dans cette phrase une question de priorité. M. Dury nous déclare dans une lettre du 30 mai 1895 n'avoir aucunement connaissance des travaux de M. Reclus : son premier cas opéré date d'une dizaine d'années. Quant à M. Reclus, il nous a dit ne rien revendiquer pour son compte, le traitement en question n'ayant pas arrêté son attention d'une façon spéciale et suivie. D'ailleurs si l'agent thérapeutique était le même, le mode d'application était sans doute différent.



Avantages de la nouvelle méthode.

COMPARAISON AVEC L'INJECTION IODÉE

On a fait bien des reproches à l'injection de teinture d'iode dans la tunique vaginale. Ces reproches sont plus ou moins mérités : M. Reclus est, croyons-nous, celui qui a le mieux mis en lumière ce qu'il en était des accidents imputés à cette méthode par les partisans de la méthode sanglante. C'est à lui que nous empruntons une partie de ce paragraphe (Traité de chirurgie — Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu. — Traité de thérapeutique chirurgicale).

L'injection iodée est très douloureuse, surtout au moment du malaxage. Ceci est vrai dans nombre de cas ; la douleur a parfois été assez forte pour déterminer des syncopes. Mais, maintenant et le plus souvent on insensibilise la vaginale après la ponction avec quelques grammes de solution de cocaïne à 1/200. En laissant celle-ci 3 à 4 minutes on a une anesthésie suffisante pour atténuer la douleur provoquée par l'iode.

Le testicule peut être et a été piqué, perforé même par un trocart aveugle. La réaction inflammatoire trop vive a provoqué des vaginalités supprimées, des abcès du testicule.... Mais ce sont là fautes opératoires et manque d'asepsie : la méthode n'en est pas responsable.

La canule s'est dérangée souvent et le liquide iodé a été poussé dans les tuniques scrotales, d'où phlegmon, nécrose et parfois mort. Cet accident, encore imputable à une faute opératoire, n'est pas toujours facile à éviter. Cependant M. Guyon, en 1877, dans une proposition à la Société de chirurgie, a montré qu'on parait à cette complication en employant au lieu de seringue un petit entonnoir : le liquide pénètre sans force et par suite ne peut filer dans le tissu cellulaire si la canule s'est dérangée.

Les suites opératoires sont longues : au minimum 12 à 15 jours. Ceci est vrai, avec cette restriction que le malade se lève dès le 10^e jour en portant un suspensoir.

Les récidives sont fréquentes. Ici les chiffres donnés sont un peu contradictoires : à côté de Vendling (Thèse de Nancy, 86), qui sur 30 cas a vu 10 récidives, soit 33 %, d'Augagneur (Lyon Médical, 85), qui indique 25 %, de Tédénat 12 %, de Gosselin 11 %, puis 7 %, nous trouvons William T. Bull 8,5 %, Fafournoux 4 %, Stoltz 2 %, Martin de Calcutta 1 %. Enfin M. Duplay, sur 400 cas, n'accuse, dit-il, absolument aucune reproduction de liquide ; il est vrai qu'il n'emploie que la teinture d'iode pure et récente. C'est là une condition du succès à peu près certain : beaucoup n'emploie, mais à tort, que la teinture avec 2/3, 1/2, 1/3 d'eau.

A ces inconvénients signalés par les auteurs et réduits à leur juste valeur, nous n'ajouterons que peu de chose.

1° Pour que l'injection iodée ne soit pas douloureuse, il faut faire l'anesthésie préalable à la cocaïne, ce qui fait un temps opératoire en plus. L'insensibilisation demande 4 à 5 minutes ; enfin la cocaïne demande à être maniée avec prudence et les cas d'accidents à elle imputables ne sont pas très rares, soit que la vaginale ait un pouvoir absorbant plus grand, soit par suite d'une idiosyncrasie spéciale. Il est vrai que le procédé Bazy-Thierry, qui consiste à injecter 1, 2, 3, 4 seringues de Pravaz de solution de cocaïne à 1/50 dans le liquide même de l'hydrocèle, présente moins de dangers. (Thèse de Paris 1895, par Touaille de Larabrie).

A côté de cela, l'éther iodoformé est à l'abri de ces inconvénients, n'étant pas douloureux et, par conséquent ne nécessitant pas l'anesthésie.

2° Le phlegmon des bourses que peut donner l'injection iodée se répandant dans le tissu cellulaire ne peut-être absolument évité qu'avec l'entonnoir de Guyon, complication instrumentale.

L'aiguille de la seringue de Pravaz, facile à maintenir en place, ne laisse pas fuser l'éther iodoformé dans les bourses, Le fit-elle, cet agent modificateur peu violent ne produirait aucune nécrose.

3° La réaction inflammatoire, à la suite de l'injection iodée, est intense ; à l'état local, scrotum, testicule, épидидyme enflammés et douloureux, se joint un état général, inappétence, fièvre. Phénomènes surtout marqués quand, pour se mettre à l'abri des récidives, on injecte la teinture d'iode pure : « alors

la réaction est terrible, les bourses deviennent énormes », dit M. Duplay.

L'éther iodoformé donne la guérison sans récédive, avec une réaction à peu près nulle.

4° Ce n'est qu'au bout d'un assez long espace de temps que le malade, injecté à l'iode, peut se lever et vaquer à son travail ; c'est plus tard encore que sa vaginale est revenue à l'état normal.

Traité par l'éther iodoformé, le patient peut, à son gré, se reposer ou marcher. Dès le lendemain, il peut s'occuper comme d'ordinaire : parfois une légère tension des bourses lui font souvenir qu'il vient d'être opéré. Mais là se bornent ses souffrances.

COMPARAISON AVEC LA MÉTHODE SANGLANTE

L'opportunité de cette méthode a été bien indiquée par M. Reclus (loc. cit.). Pour lui, l'incision est indiquée dans :

1° L'hydrocèle congénitale, par crainte de la fusion de l'iode dans le péritoine. Attendre cependant les cas de guérison spontanée.

2° Si l'on sent nettement un corps étranger dans la vaginale.

3° Quand la glande, testicule et surtout épидидyme, sont malades ; parfois alors l'incision est le prélude d'une opération plus complète.

4° Quand l'injection iodée, bien faite, a échoué.

5° Enfin dans les hydrocèles vieilles, à parois indurées et épaissies.

Ces conclusions sont dictées par une longue pratique et un intelligent éclectisme, et doivent être, croyons-nous, adoptées. La méthode sanglante sera employée dans ces seuls cas : encore l'éther iodoformé peut-il réussir là où l'iode a échoué et dans l'hydrocèle symptomatique de tuberculose de l'épididyme.

Sans doute, nombre de chirurgiens disent : avec l'incision, la guérison est rapide, les récidives sont peu fréquentes, les chances opératoires meilleures à ciel ouvert, l'œil suivant le bistouri évite les échappades que fait parfois le trocart.

Soit, mais la guérison demande encore 7 à 12 jours et la récurrence peu fréquente (1/100), est évitée aussi avec l'injection iodée (M. Duplay 0/00). D'ailleurs, si Nimier ne donne qu'un phlegmon des bourses sur 457 cas, « il existe des faits malheureux qui n'ont
« pas été publiés par les chirurgiens, sans doute mal
« à l'aise d'avoir préféré à l'innocente opération iodée
« l'incision large des bourses, opération délicate que
« le succès seul justifie dans les cas d'hydrocèle
« simple ». (Reclus, loc. cit.). Une thèse allemande ne se fait pas faute de citer des accidents hémorrhagiques, gangréneux et suppuratifs (Albers, Beitrag zur statistik der hydrocelen, Berlin, 1889).

On le voit, d'un côté certains faits mis sur le compte de l'injection iodée sont exagérés, de l'autre la méthode sanglante n'est pas si à l'abri de tout reproche qu'on veut bien le dire. Nous avons d'ailleurs déjà indiqué les inconvénients de cette dernière.

Donc jusqu'ici, l'injection iodée était préférée et préférable à l'incision, sauf cas spéciaux. Aussi, maintenant que nous possédons un modificateur efficace, très efficace de la tunique vaginale, l'éther iodoformé, — modificateur que nous avons montré supérieur à la teinture d'iode — nous croyons pouvoir dire que la méthode de M. Dury devient la méthode de choix dans les cas simples.

Elle est à la portée de tous, simple, facile, indolore, tandis que la cure radicale est une opération délicate, nécessitant une habitude de la chirurgie que n'ont pas tous les praticiens, surtout à la

campagne. « Lorsque la cure radicale se sera démontrée, qu'elle sera tombée dans les mains de « médecins téméraires, ignorants et mal outillés, « nous demandons à voir les statistiques. » (MM. Förgue et Reclus. Traité de thérapeutique chirurgicale, tome II).

Aussi nos observations sont assez significatives pour que M. Dury, à propos des 17 hydrocèles opérés par lui, conclue en ces termes : « Si j'ajoute à ce « chiffre déjà respectable les cas opérés par les « confrères qui ont employé mon traitement, et « avec le même succès, il me paraît hors de doute « qu'on doit considérer ma méthode comme consacrée par l'expérience.....

« L'histoire des cas que j'ai observés n'est pas « aussi brillante que celle que vous rapportez, mais « votre observation (n° III) vient donner une éclatante confirmation de la valeur de la méthode ; « et je serais surpris si, à l'avenir, elle ne devenait « pas la méthode de choix. »

CONCLUSIONS

1° L'injection iodée, préférée jusqu'ici dans le traitement de l'hydrocèle par le plus grand nombre des praticiens, est inférieure à l'injection d'éther iodoformé.

2° La cure radicale de l'hydrocèle par la méthode sanglante, opération délicate, accessible aux chirurgiens seuls, doit être réservée à certains cas spéciaux, pachyvaginalites, corps étrangers, lésions nettement senties de l'épidyme ou du testicule.

3° L'injection à l'éther iodoformé, exempte des reproches adressés aux précédentes méthodes, nous paraît devoir être la méthode de choix pour tous les cas d'hydrocèle simple.

Vu :

Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- D^r Dury.** — Traitement des goîtres, des kystes synoviaux et de l'hydrocèle (brochure).
- Lucas-Championnière.** — Journal de médecine et de chirurgie pratiques (année 1892. 17^e cahier).
- Poulet et Bousquet.** — Traité de pathologie externe (1885) tome III.
- Velpeau.** — Nouveaux éléments de médecine préparatoire (1839), tome III.
- Després.** — Chirurgie journalière.
- Reclus.** — Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu.
- Forge et Reclus.** — Traité de thérapeutique chirurgicale.
- Duplay et Reclus.** — Traité de chirurgie.
- Cajepis.** — Thèse de Paris, 92-93.
- Fonvieille.** — Thèse de Paris, 1891.
- Touaille de Larabrie.** — Thèse de Paris, 1895.

